



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados estandarizado: paciente frágil
hospitalizado con síndrome confusional agudo

Standardized care plan: fragile patient hospitalized with acute
confusional state

Autor

Elena Ramón Puertas

Directora

Yolanda Martínez Santos

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso 2019-2020

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción.....	5
2. Objetivos	8
3. Metodología	9
4. Desarrollo	12
4.1. Valoración	12
4.2. Diagnósticos de enfermería.....	13
4.3 Planificación	13
4.4 Actividades para la ejecución del Plan de Cuidados.....	20
4.5 Evaluación	23
5. Conclusiones.....	24
6. Bibliografía	26
7. Anexos.....	29
Anexo 1: Criterios diagnósticos para el delirium según DSM-V	29
Anexo 2: Subtipos clínicos del delirium	29
Anexo 3: Tabla de factores de riesgo de delirium	30
Anexo 4: Tabla comparativa delirium vs Depresión y demencia	30
Anexo 5: Escala CAM (Confusion Assessment Method)	31
Anexo 6: Tríptico para familiares con recomendaciones para el manejo de pacientes con riesgo de delirium	32
Anexo 7: Necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson ..	33
Anexo 8: Intervenciones NIC	33
Anexo 9: Principales grupos farmacológicos que ocasionan delirium	46

Resumen

Introducción: El aumento de la esperanza de vida y progresivo envejecimiento de la población ha hecho aparecer un nuevo concepto de pacientes con un elevado número de patologías: el anciano frágil. Estos pacientes presentan una serie de procesos de elevada prevalencia conocidos como síndromes geriátricos. Entre ellos, se encuentra el síndrome confusional agudo o delirium que se caracteriza por una alteración de la atención y la conciencia que aparece de manera brusca y que empeora la recuperación prolongando las estancias hospitalarias. Su etiología multifactorial requiere que enfermería tenga un papel fundamental en la prevención y tratamiento de esta patología.

Objetivos: Establecer un plan de cuidados estandarizado para prevenir el síndrome confusional agudo en pacientes frágiles hospitalizados.

Metodología: Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través del uso de diferentes bases de datos, libros, páginas web y revistas especializadas para obtener información acerca del paciente frágil hospitalizado con síndrome confusional agudo. Con dicha información se ha establecido un plan de cuidados estandarizado siguiendo la metodología enfermera de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Conclusiones: El desarrollo del plan de cuidados de enfermería para la prevención del delirium en el anciano frágil hospitalizado, constituiría un modelo óptimo de cuidados de calidad centrados en la atención integral del paciente, a través de las actividades de enfermería centradas en el individuo, en el entorno y en los cuidadores principales, sanitarios o no.

Palabras clave: cuidados de enfermería, anciano frágil, síndrome confusional agudo, delirium.

Abstract

Introduction: The increase in life expectancy and the progressive ageing of the population has led to the appearance of a new concept of patients with a high number of pathologies: the frail elderly. These patients present a series of highly prevalent processes known as geriatric syndromes. Among them is the acute confusional state or delirium, characterized by an alteration of attention and consciousness that appears abruptly and worsens recovery by prolonging hospital stays. Nursing plays a fundamental role in this multifactorial etiology, in the prevention and treatment of this pathology.

Objectives: Establish a standardized care plan to prevent acute confusional state in fragile hospitalized patients.

Methodology: A bibliographical review has been carried out using different databases, books, web sites and specialist journals to obtain information about the fragile patient hospitalized with acute confusional state. With such information, a standardized care plan has been established following Virginia Henderson's nursing methodology and the NANDA-NOC-NIC taxonomy.

Conclusion: The development of the nursing care plan for the prevention of delirium in the frail elderly in hospital would be an optimal model of quality care. These are focused on the comprehensive care of the patient, through nursing activities centered on the individual, the environment, and the primary caregivers, whether health workers or not.

Key words: nursing care, frail elderly, acute confusional state, delirium.

1. Introducción

El progresivo envejecimiento de la población en los últimos treinta años, es uno de los hechos más relevantes que se están produciendo en los países desarrollados. Se estima que en Europa el porcentaje de personas entre 80 y 84 años con discapacidad se sitúa en el 41,91% y por encima de los 85 años en el 50,80%¹. La OMS calcula que la proporción de personas mayores de 80 años entre los años 2000 y 2050 aumentará casi cuatro veces su porcentaje, debido al descenso de la tasa de natalidad y al aumento de la esperanza de vida².

Como consecuencia del gran envejecimiento de la población, el número de personas con limitaciones funcionales aumentará, así como la demanda de estancias hospitalarias. Por tanto, van a ser necesarios profesionales formados que proporcionen una atención de calidad a los ancianos frágiles¹.

Fragilidad es un término que se viene utilizando desde hace años en el campo de la Geriatria y Gerontología. La mayoría de los geriatras defienden que la fragilidad no es sinónimo de discapacidad ni de la presencia de múltiples enfermedades crónicas o del envejecimiento extremo, aunque la línea que los divide es muy imprecisa³.

El anciano frágil es la persona de edad avanzada, mayor de 75 años, que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentra en una situación de vulnerabilidad. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base que tras un proceso intercurrente puede llegar a la pérdida de independencia que obliga a requerir de recursos sanitarios y/o sociales¹.

No hay un consenso firme sobre los indicadores de fragilidad, así como la utilización de un instrumento de valoración que cuantifique el nivel de esta. En la actualidad los criterios más utilizados en la investigación internacional son los propuestos por Fried y col. Linda Fried determina que la presencia de tres o más de los siguientes elementos identifican a un individuo frágil: pérdida de peso no intencionada de 4,5 kg en el último año superior al 5% del peso previo al último año, sensación subjetiva de agotamiento, debilidad con falta objetiva de fuerza, disminución de la velocidad de la marcha y escasa actividad física⁴.

El anciano frágil presenta síndromes geriátricos que son indicadores de vulnerabilidad, predictor de morbilidad y declive funcional¹. Uno de los llamados síndromes geriátricos es el delirium o síndrome confusional agudo (SCA), definido por el DSM-V (*anexo 1*) como una alteración de la atención y conciencia, que aparece de manera brusca y que fluctúa a lo largo del día. Por lo general es reversible y de corta duración⁵, se ha descrito más frecuentemente la aparición de delirium al atardecer⁶. Las manifestaciones cardinales de este síndrome son: alteración global de las funciones cognitivas y de la atención, trastornos del ciclo sueño-vigilia y la exaltación o reducción de la actividad psicomotora. Los síntomas que aparecen pueden ir precedidos o no de prodromos como la ansiedad, inquietud, perplejidad o cansancio⁷. Se han descrito 3 subtipos de delirium (*anexo 2*): hiperactivo (la forma más reconocida), hipoactivo (el más común en el anciano) y mixto (una combinación de ambas formas clínicas)⁸.

La incidencia del SCA aumenta con la edad siendo muy frecuente a partir de los 75-80 años e inusual por debajo de los 60. En los pacientes hospitalizados se sitúa entre un 10-31%⁵, siendo más frecuente en los que cursan un postoperatorio y aquellos que están en unidades de cuidados intensivos⁹.

El delirium es considerado una patología de origen multifactorial (*anexo 3*)⁵. Es importante identificar los factores de riesgo, muchos de ellos fácilmente detectables¹⁰. El no tratar las causas tempranamente, puede incrementar la morbilidad, la dependencia funcional, el riesgo de institucionalización y las estancias hospitalarias prolongadas, llegando a duplicar el riesgo de mortalidad al año¹¹.

Este cuadro puede ser de difícil diagnóstico, por lo que es primordial realizar una buena anamnesis, una exploración física exhaustiva y las pruebas complementarias necesarias⁵. El SCA es el segundo síndrome psiquiátrico más prevalente después de los trastornos depresivos en la esfera hospitalaria. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías como la demencia, depresión u otras enfermedades neurológico/psiquiátricas que cursan con un cuadro similar (*anexo 4*)¹².

Existen múltiples escalas que valoran el estado cognitivo de la persona (Mini-Mental State Examination, escala de Pfeiffer...) pero son poco útiles en momentos de desorientación aguda. Para ello se creó en 1988 la escala CAM (Confussion Assessment Mehtod) (*Anexo 5*) que tiene una sensibilidad del 94% y especificidad del 89% en estos casos.

El tratamiento del delirium se dirige a incidir sobre los factores desencadenantes, limitando el tratamiento farmacológico a los pacientes que son una amenaza para su propia seguridad o la de los demás⁵.

Según Roberts y Gibson, las enfermeras al cuidado de pacientes delirantes describen su labor como extenuante, frustrante y desafiante, e implica mayor carga de trabajo¹³. Enfermería utilizará las herramientas adecuadas para un correcto abordaje en el proceso de atención del anciano que se encuentra en una situación de fragilidad¹.

La identificación de los pacientes mayores en riesgo de padecer delirium durante su hospitalización es un objetivo clínico que permite focalizar los esfuerzos preventivos en este grupo de usuarios, reduciendo los efectos negativos que este cuadro clínico implica. Enfermería tiene un papel fundamental en la prevención de los pacientes con alto riesgo de sufrir un SCA, ya que es el personal sanitario que recibe al paciente y que está en contacto directo con él durante el ingreso hospitalario. De igual manera, es primordial su labor en la detección del síndrome, identificándolo cuando ya se ha producido.

2. Objetivos

Objetivo principal: Elaborar un plan de cuidados estandarizado para prevenir el síndrome confusional agudo (SCA) en pacientes frágiles hospitalizados.

Objetivos específicos:

- Conocer las características del paciente frágil hospitalizado.
- Aumentar el conocimiento sobre el síndrome confusional agudo.
- Capacitar al personal de enfermería para identificar los pacientes de riesgo y los factores que predisponen a padecer un SCA.
- Facultar al personal de enfermería para prevenir, detectar y tratar a los pacientes con síndrome confusional agudo.
- Dar a conocer al personal de enfermería las diferentes técnicas de abordaje ante al paciente con delirium o SCA.

3. Metodología

La realización de este plan de cuidados se ha basado en una búsqueda bibliográfica estructurada, comprendida entre los meses de febrero a mayo de 2020, para lo que se han aplicado las competencias adquiridas durante los estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

Han sido utilizadas fuentes primarias y secundarias. Para ello se han revisado bases de datos como Pubmed, Scielo, Cuiden y Medes como se muestra en la tabla 1. También se han consultado otras fuentes como libros (usados 3 de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza), revistas de enfermería y páginas web (Tabla 2).

Los descriptores empleados en la búsqueda han sido "síndrome confusional agudo", "delirium", "ancianos", "nursing", "enfermería" y "anciano frágil", tanto en español como en inglés dependiendo de la base de datos. El operador booleano del que he hecho uso ha sido "AND".

Los criterios de inclusión para seleccionar los artículos entre todos los disponibles han sido: idioma inglés y castellano, fecha de publicación en los últimos 13 años (a excepción de un artículo que es del 2001 que recopila información interesante sobre características y fisiopatología del delirium en ancianos), aquellos que trataban el delirium en pacientes mayores de 65 años, y los que presentaban la patología en el ámbito hospitalario (planta médica y quirúrgica). Finalmente han sido utilizadas 23 referencias para la elaboración de este trabajo.

Con esta información se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado dirigido al paciente frágil hospitalizado con síndrome confusional agudo. La valoración del paciente, se realizó según el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson. En este plan se presentan los diagnósticos enfermeros más relevantes, así como los indicadores, objetivos, intervenciones y actividades, empleando la taxonomía enfermera NANDA, NOC y NIC.

Tabla 1

Base de Datos	Palabras Clave	Filtros	Resultados	Empleados
Medline	Delirium AND Nursing AND Elderly	10 years Free full text Humans	272	1
Scielo	Anciano AND frágil AND hospitalizado	2001-2020 España	3	1
	Delirium AND Anciano	2001-2020	24	3
Science Direct	Delirium AND enfermería	2007-2020	264	7
	Fragilidad AND anciano	2002-2020	276	1
Cuiden	Delirium AND Enfermería AND Prevención	>2018 Free full text	51	1
	Cuidados AND Dependencia AND Fragilidad	>2014 Free full text	21	1
Medes	Prevención AND delirium	Free full text	24	1
Google académico	Síndrome confusional agudo AND anciano	Español 2009-2020	869	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

páginas web	Sección
Organización mundial de la Salud(OMS)	https://www.who.int/ageing/about/facts/es/
Asociación Española de Geriatría y gerontología	https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Fragilidad y nutricion en el anciano.pdf
NNN	https://www.nnnconsult.com.roble.unizar.es:9443/

Fuente: elaboración propia

4. Desarrollo

4.1. Valoración

Para realizar una valoración eficaz del paciente, se utilizará el modelo enfermero de necesidades básicas de Virginia Henderson. En la valoración se recogerán los datos sobre la situación de salud del paciente, que servirán como base de la planificación de las actuaciones de enfermería. Se realizará por medio de la recogida y análisis de datos significativos obtenidos de manera directa por el paciente y subjetiva a través de sus familiares. Se les ofrecerá a pacientes y familiares un tríptico realizado por enfermeras del servicio que contienen recomendaciones sencillas que pueden realizar los familiares durante la hospitalización (Anexo 6).

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede efectuar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada¹⁴.

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson (*Anexo 7*) y teniendo en cuenta la bibliografía consultada, podrían alterarse las siguientes necesidades:

Necesidades afectadas	Explicación ¹⁵
Comer y beber adecuadamente	El paciente frágil con delirium puede presentar hipoactividad y por tanto el nivel de conciencia puede ser estuporoso lo que conlleva riesgo de aspiración. Además, los factores etiológicos como la deshidratación y la desnutrición suelen estar presentes.
Eliminar por todas las vías corporales	Es muy común la retención urinaria o fecal.
Dormir y descansar	En algunas ocasiones existen hipersonminia durante el día e insomnio durante la noche.

Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	Debido a las alteraciones de la actividad psicomotora muchos pacientes están intranquilos, rompen sábanas, intentan salir de la cama saltando barandillas, cambian bruscamente de posición...por tanto hay riesgo de lesionarse a sí mismos y a la gente que les rodea.
Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	El paciente puede presentar ansiedad ante la situación estresante que está viviendo y esto a su vez crea un discomfort en los cuidadores por no saber cómo sobrellevar la situación.

Fuente: Elaboración propia

4.2. Diagnósticos de enfermería

Se etiquetan los principales problemas de salud para los pacientes frágiles con SCA, así como los diagnósticos de enfermería (Dx) enunciados por la taxonomía NANDA:

- (00039)Riesgo de aspiración
- (00027)Déficit de volumen de líquidos
- (00002)Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
- (00011)Estreñimiento
- (00198)Trastorno del patrón del sueño
- (00128)Riesgo de confusión aguda
- (00035)Riesgo de lesión
- (00074)Afrontamiento familiar comprometido
- (00146)Ansiedad
- (00138)Riesgo de violencia dirigida a otros

4.3 Planificación

Cada diagnóstico NANDA está relacionado con los resultados esperados NOC y las intervenciones NIC junto a las actividades correspondientes (*anexo 8*). Sobre ellos se planificará y ejecutará la actuación enfermera.

(00039)Riesgo de aspiración r/c reducción de la conciencia ^{16,19}

NOC ^{17,19}	INDICADORES
(1010)Estado de deglución	(101001)Mantiene la comida en la boca (101004)Capacidad de masticación (101010)Momento del reflejo de deglución (101012)Atragantamiento, tos o náuseas
(0912)Estado neurológico: consciencia	(91213)Delirio
NIC ^{18,19}	
(3200)Precauciones para evitar la aspiración (0840)Cambio de posición	

(00027)Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos m/p disminución de la diuresis, aumento de la concentración de la orina, disminución del llenado venoso, del turgor de la piel y mucosas, de la presión arterial, sequedad de la piel y membranas mucosas, sed ^{16,19}.

NOC ^{17,19}	INDICADORES
(0602)Hidratación	(60201)Turgencia cutánea (60202)Membranas mucosas húmedas (60205)Sed (60211)Diuresis (60215)Ingesta de líquidos (60218)Función cognitiva
(1101)Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(110103)Elasticidad (110104)Hidratación
NIC ^{18,19}	

(4120) Manejo de líquidos

(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir los nutrientes debido a factores psicológicos y factores biológicos m/p el peso corporal es inferior en un 20% o más al peso ideal según la talla, el sexo, edad y constitución; palidez de las membranas conjuntivas y mucosas, fragilidad capilar y caída excesiva del pelo ^{16,19}

NOC ^{17,19}	INDICADORES
(1014)Apetito	(101406)Energía para comer (101407)Ingesta de nutrientes
(1009)Estado nutricional: ingestión de nutrientes	(100901)Ingestión calórica
NIC ^{18,19}	
(1120)Terapia nutricional (1160)Monitorización nutricional (1100)Manejo de la nutrición	

(00011) Estreñimiento r/c deshidratación, confusión mental m/p cambios en el patrón de eliminación, masa rectal palpable, sensación de plenitud o presión rectal, distensión, dolor o aumento de la presión abdominal, náuseas o vómitos... ^{16,19}

NOC ^{17,19}	INDICADORES
(0501) Eliminación intestinal	(50101)Patrón de eliminación (50102)Control de movimientos intestinales (50104)Cantidad de heces en relación con la dieta

	(50110)Estreñimiento
(0602) Hidratación	(60201)Turgencia cutánea (60202)Membranas mucosas húmedas (60205)Sed (60208)Globos oculares hundidos
(0900) Cognición	(90003)Atiende (90004)Se concentra (90005)Está orientado
(0916) Nivel de delirio	(91601)Desorientación temporal (91602)Desorientación espacial (91605)Deterioro cognitivo (91609)Dificultad para mantener la atención (91610)Dificultad para mantener una conversación
NIC ^{18,19}	
(450)Manejo del estreñimiento/impactación fecal (1100)Manejo de la nutrición (4120)Manejo de líquidos (6460) Manejo de la demencia	

(00198) Trastorno del patrón del sueño r/c alteración de la atención y la conciencia m/p quejas verbales, agitación durante la noche ^{16,19}.

NOC ^{17,19}	INDICADORES
(0004)Sueño	(401)Horas de sueño (403)Patrón del sueño (404)Calidad del sueño

	(421)Dificultad para conciliar el sueño
NIC 18,19	
(6489)Manejo ambiental	
(1850)Mejorar el sueño	

(00173)Riesgo de confusión aguda r/c deprivación sensorial, deshidratación, deterioro de la movilidad, mal uso de sustancias, malnutrición, retención urinaria, uso inadecuado de sujeciones...^{16,19}

NOC 17,19	INDICADORES
(0916)Nivel del delirio	(91601)Desorientación temporal (91602)Desorientación espacial (91603)Desorientación personal (91605)Deterioro cognitivo (91606)Deterioro de la memoria (91609)Dificultad para mantener una conversación (91612)Verbalizaciones sin sentido (91613)Alteración del nivel de conciencia (91615)Inquietud (91616)Agitación (91620) Alucinaciones (91621)Delirios
(0901)Orientación cognitiva	(90102)Identifica a los seres queridos (90103)Identifica el lugar donde está (90104)Identifica el día presente (90105)Identifica el mes actual

	(90106)Identifica el año actual
NIC 18,19	
(6510)Manejo de las alucinaciones	
(6440)Manejo del delirio	
(4820)Orientación de la realidad	

(00035)Riesgo de lesión r/c alteración cognitiva ^{16,19}

NOC^{17,19}	INDICADORES
(1912) Caídas	(191204)Caídas de la cama (191293)Caídas sentado
(0916)Nivel de delirio	(91601)Desorientación temporal (91602)Desorientación espacial (91603)Desorientación personal (91605)Deterioro cognitivo (91606)Deterioro de la memoria (91609)Dificultad para mantener una conversación (91612)Verbalizaciones sin sentido (91613)Alteración del nivel de conciencia (91615)Inquietud (91616)Agitación (91620) Alucinaciones (91621)Delirios
NIC^{18,19}	
(6486)Manejo ambiental: seguridad	
(6490)Prevención de caídas	

(00074)Afrontamiento familiar comprometido r/c agotamiento de la capacidad de apoyo de la persona de referencia m/p la persona de referencia manifiesta conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces^{16,19}.

NOC^{17,19}	INDICADORES
(2506)Salud emocional del cuidador principal	(250602)Sensación de control (250604)Temor (250609)Frustración (25610)Certeza sobre el futuro (250617)Afrontamiento
NIC^{18,19}	
(7040)Apoyo al cuidador principal (5470)Aumentar los sistemas de apoyo	

(00416)Ansiedad r/c estrés m/p el paciente está nervioso o agitado, sufre insomnio, confusión ^{16,19}.

NOC^{17,19}	INDICADORES
(1211)Nivel de ansiedad	(121101)Desasosiego (121102)Impaciencia (121105)Inquietud (121106)Tensión muscular (121108)Irritabilidad (121120)Aumento de la velocidad del pulso (121129)Trastorno del sueño
NIC^{18,19}	

(5820)Disminución de la ansiedad

(00138)**Riesgo de violencia dirigida a otros** r/c deterioro cognitivo, mental ^{16,19}.

NOC ^{17,19}	INDICADORES
(1401)Autocontrol de la agresión	(140101)Se abstiene de arrebatos verbales (140103)Se abstiene de golpear a los demás (140104)Se abstiene de dañar a los demás (140110)Identifica cuándo se enfada (140114)Identifica cuándo se siente agresivo (140126)Evita violar el espacio personal de otros
NIC ^{18,19}	
(6487)Manejo ambiental: prevención de la violencia (6460)Manejo de la demencia	

4.4 Actividades para la ejecución del Plan de Cuidados

En torno a un 30-40% de los episodios de delirium puede prevenirse mediante medidas no farmacológicas. Las actividades de enfermería se llevarán a cabo en relación con las intervenciones citadas, en todos los pacientes frágiles que ingresen y presenten factores predisponentes y precipitantes de manera individualizada (*Anexo 3*).

Las medidas no farmacológicas evitan las consecuencias iatrogénicas de los fármacos, que se usarán si éstas técnicas fracasan ^{20,21}.

Las principales actividades irán enfocadas a tres áreas de actuación: el paciente, el ambiente que le rodea y los cuidadores (sanitarios y familiares).

En cuanto a las actividades dirigidas al **paciente** destacan todas aquellas medidas orientadas a facilitar la comunicación y orientación del individuo, manteniendo la mayor funcionalidad posible ^{5,12,21,22}:

- Presentarse al paciente y explicarle al paciente quiénes son los que le rodean y qué hacen con él. Utilizar una adecuada comunicación verbal y no verbal que incluya contacto visual y físico, escucha activa, trato amable...
- Identificación y manejo precoz de cualquier factor de riesgo tratable (*Anexo 3*).
- Control de fármacos que promuevan el SCA. Estos pacientes tienden a la polifarmacia (*Anexo 9*).
- Orientar al paciente en espacio y tiempo.
- Fomentar el uso de gafas, audífonos apropiados y prótesis dentales.
- Proporcionarle un trato amable y educado.
- Estimular la movilización precoz y participación en actividades para mantener la mayor funcionalidad posible del paciente.
- Control analgésico óptimo.
- Evitar contenciones, vías parenterales innecesarias, sondajes..
- Asegurar un buen estado nutricional y de hidratación al paciente.
- Control de saturación de oxígeno.
- Controlar la diuresis y evitar el estreñimiento.
- Fomentar un buen descanso, evitar los despertares innecesarios.
- Estar atento al posible síndrome de crepúsculo (*Sundowning*)(tirar objetos, coger y hurgar con ropa, vociferaciones y musitaciones, constante demanda del personal sanitario).
- Para mejorar el sueño del paciente: masaje nocturno, vaso de leche caliente y música clásica.
- Vigilar el estado metabólico, los electrolitos y hematocrito en la analítica sanguínea.
- Evitar actitudes hostiles.
- Realizar actividades de estimulación cognitiva.

Respecto a las actividades dirigidas al **medio ambiente**, se trata implementar medidas encaminadas a mantener rutinas que promuevan la orientación:

- Proporcionar un medio ambiente apropiado eliminando ruidos irritantes y manteniendo una temperatura ambiente en torno a 21-23°C (habitación con ventanas).
- Evitar la sobre estimulación sensorial.
- Poner objetos familiares como fotos y ropa en la habitación además de relojes y calendarios.
- Se pueden usar: radio, televisión, periódicos y revistas para mantener la orientación.
- Intentar colocar al paciente en una habitación individual (ubicación adecuada, atención especializada) y evitar cambios de habitación. En el caso de no tener cuidador principal, designarle una habitación con otro enfermo pero evitando colocar a dos pacientes con alto riesgo o con delirium en la misma habitación.
- Simplificar el área de cuidados quitando objetos innecesarios.
- Mantener unos niveles de luz apropiados durante el día, y oscuridad y silencio nocturnos.

Los **sanitarios o familiares** han de constituirse como elemento tranquilizador y orientador para el paciente:

- Implicar a la familia como elemento tranquilizador y orientador hacia el paciente.
- Mínimos cambios del personal que atiende.
- Durante el traslado para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas que sea acompañado de el cuidador principal o de un familiar cercano.
- Hacer partícipes a los familiares, explicando el delirium y el manejo no farmacológico. Aconsejar pautas de actuación ante la aparición del delirium e instruir sobre la identificación de signos prodrómicos de alerta como son : gritos, inquietud, hipoactividad, dificultad para dormir, agresividad verbal, irritabilidad, labilidad emocional...

- Comunicación verbal regular con frases cortas, orientadas, que expliquen la causa del ingreso y el proceso de la enfermedad.
- Limitar el número de cuidadores del paciente y visitas.
- Apoyar a la familia realizando escucha activa, apoyo emocional..

Todas estas actuaciones se llevarán a cabo al ingreso del paciente y se mantendrán durante toda su estancia hospitalaria.

4.5 Evaluación

La evaluación del plan de cuidados debe realizarse constantemente para garantizar unos cuidados enfermeros de calidad. Su carácter dinámico, hace que sea preciso valorar continuamente las necesidades identificadas y los resultados esperados de manera individualizada. Se debe comprobar diariamente la adherencia de aquellas actividades programadas dirigidas a la prevención del delirium.

En el caso del paciente frágil con SCA se tomarán las medidas necesarias para que el delirium no se establezca, y si se produce, se valorará el progreso con las intervenciones propuestas (*anexo 8*). Será importante comprobar la eficacia del plan de cuidados de enfermería:

- Se valorará la consecución de los resultados esperados según los NOC utilizados, así como la eliminación de aquellos factores relacionados descritos en los diagnósticos, en el caso de que puedan ser eliminados o modificados.
- Se reevaluará el estado confusional con la escala de CAM, en colaboración con el médico (*Anexo 5*).
- Determinaremos la eficacia de las intervenciones NIC en términos de logro de los objetivos propuestos.
- Insistiremos en la realización de las medidas no farmacológicas para tratar los factores precipitantes.

5. Conclusiones

El papel de los profesionales de enfermería es fundamental en la elaboración e implementación de un plan de cuidados evaluable para la prevención y tratamiento del síndrome confusional agudo en pacientes frágiles hospitalizados, con el que se garantice una adecuada atención sanitaria centrada en el paciente, el entorno y en su cuidador principal.

Debemos ser conscientes del impacto que produce el SCA, ya que afecta a un gran número de pacientes frágiles hospitalizados.

El personal de enfermería es el contacto principal con el paciente frágil hospitalizado, por tanto, conocer las características clínicas y los factores predisponentes al delirium, hará que nos anticipemos a la instauración del cuadro y/o minimicemos la presentación del mismo.

La evidencia consultada afirma que existen actividades a realizar, por parte de enfermería, para prevenir la aparición del SCA o atenuar sus manifestaciones. Estas actividades irán enfocadas a detectar los factores de riesgo, muchos de ellos modificables con medidas no farmacológicas.

Todas las medidas no farmacológicas de prevención y tratamiento desarrolladas a lo largo del plan de cuidados estandarizado pueden ser de fácil aplicación en una planta de hospitalización. Estas van a centrarse en favorecer un ambiente tranquilo para el paciente, permitiendo así un buen ciclo sueño-vigilia, asegurar la correcta nutrición e hidratación y orientar a los pacientes en espacio y tiempo.

En definitiva, el papel de enfermería va a ser fundamental en la realización de intervenciones para el control del delirium en los pacientes frágiles hospitalizados, siendo una estrategia eficaz, eficiente y económica, que aumentará la calidad de la asistencia sanitaria..

Para concluir, Florence Nightingale, describe la naturaleza como el agente que verdaderamente permite la curación y el mantenimiento de la salud. Considera que proporcionar el mejor entorno posible es una labor de enfermería. Este modelo sigue vigente a día de hoy, hay evidencias científicas que lo sustentan²³.

“La alegría de una habitación y la utilidad de la luz en el tratamiento de la enfermedad son de la mayor importancia”.

“El ruido innecesario, aunque sea insignificante, molesta a un enfermo mucho más que el ruido necesario, aunque sea mucho más intenso”

*Florence Nightingale. “Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es
(1859)*

6. Bibliografía

1. Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Gerokomos. 2013; 24(1):8-13.
2. OMS: Envejecimiento y ciclo de vida [Página web].Marzo 2012. [citado el 23 de febrero de 2020] Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Rodríguez Díaz MT, Pérez-Marfil MN, Cruz-Quintana F. Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. Gerokomos [Internet]. 2014 Dic [citado 2020 Feb 23]; 25(4):137-143.
4. García B,CE. Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil.Rev.Med.Clin.Condes.2011;23(1):36-41.
5. Bermejo Ayala M,Valencia Lizarbe S,Ornia Matero S. Manejo del delirium en el paciente anciano hospitalizado: un reto para el personal de enfermería. Pulso [revista en Internet] 2019 agosto[acceso 15 de febrero de 2020] ;48-51.Disponible en: <https://www.enfermerianavarra.com/revista-pulso/especial-trabajos-investigacion-4>
6. Formiga, F, San José A, Lópex-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos. Med Clin (Barc). 2007;129(15):571-573.
7. Lázaro del Nogal M, Ribera-Casado J.M. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. Psicogeriatría.2009;1(4):209-221.
8. Pérez ACG, Rodriguez JDJL. Estado confusional agudo en el paciente anciano. Rev Cuba Med Mil. 2001;30 (Supl):89-96
9. Vázquez FJ, Benchimol J, Giunta D, Cafferata C, Freixa A, Vallone M, et al. Delirium en ancianos hospitalizados. Seguimiento de 18 meses .Medicina (Buenos Aires). 2010; 70(1):8-14.
10. Sotolongo Arro O, Pastora Domínguez Sotolongo S. Comportamiento del Delirium en el anciano. Rev Habanera de Ciencias Médicas.2014;13(2):187-195.

11. Gual N, Garcia-Salmones M, M. Pérez L. Diagnóstico del delirium en pacientes con demencia, un gran reto. Med Clin (Barc). 2019;153(7):284-289.
12. Carrera Castro, C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales. Revista enfermería global. 2012;27: 356-378.
13. Perelló Campaner C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(5):285-90.
14. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
15. Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado J.M. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. Psicogeriatría. 2009;1(4):209-221.
16. Luis Rodrigo M.T. "Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica". 9a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
17. Moorhead S., Johnson M., Maas Meridean L., Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4a Ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
18. Bulechek G., Butcher Howard K., McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5a Ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
19. NNN Consult. [Página Web]. Elsevier. [citado el 25 de marzo de 2020]-Disponible en: <https://www.nnnconsult.com.roble.unizar.es:9443/>
20. Kukreja D, Günther U, Popp J. Delirium in the elderly: current problems with increasing geriatric age. Indian J Med Res. Diciembre 2015;142:665-662.
21. Velilla NIM, Petidier-Torregrosa R, Casas-Herrero Á. Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. Med Clin (Barc). 2012;138(2):78-84.
22. Martínez-Velilla N, Alonso Bouzón C, Rpiza Zazpe C, Sácnhez Ostiz R. Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. Cir. Esp. 2012;90(2):75-84

23.Safont-Montes JC, Franco-Barral A,Romero-Martín M.Revisión de la teoría de los cinco elementos de Florence Nightingale en la actualidad.Rev Paraninfo digital(Sevilla).2016.

7. Anexos

Anexo 1: Criterios diagnósticos para el delirium según DSM-V

A	Una alteración de la atención (p.ej, capacidad de dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno)
B	La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales, y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
C	Una alteración cognitiva adicional (p. ej déficit de memoria, orientación, lenguaje o de la capacidad visoespacial o de la percepción)
D	Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
E	En la anamnesis, la exploración física o en los análisis clínicos se obtiene evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Fuente: Bermejo Ayala y col, 2019

Anexo 2: Subtipos clínicos del delirium

Subtipos	Principales características
Hiperactivo	Es la forma más comúnmente reconocida. Se asocia casi siempre con los efectos de drogas anticolinérgicas, intoxicación por drogas ilícitas, alcohol y los síndromes de supresión. Se manifiesta por un estado de agitación psicomotriz, agresividad con el entorno, aumento del estado de alerta e inquietud, ideas delirantes, alucinaciones etc.
Hipoactivo	Es la forma más común en el anciano. Sus manifestaciones son de hipoactividad psicomotora, bajo nivel de conciencia, apatía, letargia. Por su naturaleza son más difíciles de identificar, por lo que no son tratados convenientemente.
Mixto	Es una combinación de ambas formas clínicas.

Fuente: Pérez ACG y col, 2001. Carrera Castro C, 2012.

Anexo 3: Tabla de factores de riesgo de delirium

Factores predisponentes	Factores precipitantes
Edad mayor de 65 años	Introducción o abstinencia de fármacos
Sexo masculino	Cirugía
Comorbilidades (Enfermedad terminal, alcoholismo, dolor crónico, ictus, insuficiencia renal o hepática)	Retención urinaria o fecal
Presencia de otros síndromes geriátricos (demencia, depresión, caídas, úlcera por presión, polifarmacia, malnutrición, antecedentes de delirium)	Deprivación del sueño
Déficits visuales o auditivos	Factores ambientales (sujeciones física, ingreso hospitalario, dispositivos invasivos...)
Dependencia funcional, inmovilidad	Enfermedades(sepsis, dolor, alteraciones metabólicas, hipoxemia/hipercapnia, deshidratación/Desnutrición, isquemia)

Fuente: Bermejo Ayala y col.2019

Anexo 4: Tabla comparativa delirium vs Depresión y demencia

	DELIRIUM	DEPRESIÓN	DEMENCIA
INICIO	Agudo	Subagudo	Insidioso
CURSO	Fluctuante	Estable	Estable
CONCIENCIA	Alterado	Vigil	Vigil
ORIENTACIÓN	Alterada	Intacta	Alterada
MEMORIA	Deterioro	Conservada	Deterioro
ATENCIÓN	Déficit grave	Déficit parcial	Déficit parcial
DELIRIOS-ALUCINACIONES	Frecuente	Baja	Baja

Fuente: Sotolongo Arro O y col,2014






Anexo 5: Escala CAM(Confussion Assesment Method)


Cuadro 2.
Escala CAM, (14,15) .

ESCALA- CAM (Confussion Assessment Method)
1. Inicio agudo y curso fluctuante
¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?
¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?
2. Desatención
¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de que estaba hablando)
3. Pensamiento desorganizado
¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?
4. Alteración del nivel de conciencia
¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?
1. Alerta (normal)
2. Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales)
3. Letárgico (inhibido, somnoliento)
4. Estuporoso (es difícil despertar)
Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos

Fuente: <http://mayraestacio.blogspot.com/2014/03/en-1990-inouye-et-al-desarrollaron-un.html>

Anexo 6: Tríptico para familiares con recomendaciones para el manejo de pacientes con riesgo de delirium

	 <p>Hospital Universitario Miguel Servet</p> <p>Teléfono de contacto : 976452346(Ext 517 348)</p> 	 <p>Recomendaciones para el manejo de pacientes con riesgo de delirium</p>  <p>ELENA RAMÓN PUERTAS</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 <p>¿Qué es el delirium?</p> <p>El delirium o síndrome confusional agudo es uno de los llamados síndromes geriátricos caracterizado por una alteración de la atención y de la conciencia, que aparece de manera brusca y fluctúa a lo largo del día. Por lo general es reversible y de corta duración. Es muy frecuente a partir de los 75-80 años e inusual por debajo de los 60. Es muy frecuente en pacientes hospitalizados y aún más en los que cursan un postoperatorio o están en unidades de cuidados intensivos.</p> <p>Factores de riesgo de padecer delirium</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad mayor de 65 años -Sexo masculino -Déficits visuales o auditivos -Cirugía previa -Retención urinaria o fecal -Enfermedad terminal, alcoholismo, ictus.. -Abstinencia de fármacos -Deprivación del sueño -Factores ambientales 	<p>Recomendaciones de cuidados</p> <p>¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS FAMILIARES?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar un reloj y calendario en la habitación -Poner objetos familiares como fotos, ropa.. -Mantener al paciente orientado en espacio y tiempo usando la radio, televisión, periódicos.. -Mantener unos niveles de luz apropiados durante todo el día, y oscuridad y silencio nocturnos. -Limitar el número de cuidadores del paciente y las visitas. -Fomentar el uso de gafas, audífonos y prótesis dentales. -Explicar al paciente quienes son los que le rodean y qué hacen con él.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: elaboración propia

Anexo 7: Necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson

Necesidad nº 1	respirar normalmente
Necesidad nº 2	comer y beber adecuadamente
Necesidad nº 3	eliminar por todas las vías de eliminación
Necesidad nº 4	moverse y mantener la posición conveniente
Necesidad nº 5	dormir y descansar
Necesidad nº 6	Elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.
Necesidad nº 7	Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales.
Necesidad nº 8	mantener la higiene y aseo personal y proteger el integumento.
Necesidad nº 9	evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
Necesidad nº 10	comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc
Necesidad nº 11	profesar su religión
Necesidad nº 12	trabajar en alguna actividad que produzca la sensación de rendir provecho
Necesidad nº 13	jugar o participar en diversas actividades recreativas.
Necesidad nº 14	aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normales

Fuente: elaboración propia

Anexo 8: Intervenciones NIC

NIC	ACTIVIDADES
(3200)Precauciones para evitar la aspiración	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. - Minimizar el uso de narcóticos y sedantes - Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades y una correcta textura de líquidos. - Evaluar la presencia de disfagia, según proceda

	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el equipo de aspiración disponible
(0840) Cambio de posición	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la cabecera elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación - Mantener la cabeza ladeada, si no está contraindicado por su situación de salud. - Controlar la saturación de oxígeno antes y después de un cambio de posición.
(4120) Manejo de la líquidos	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la hidratación del paciente - Mantener o recuperar un buen estado de hidratación: fomentar y controlar la ingesta hídrica, aplicar cremas hidratantes.. - Vigilar el estado de deshidratación: mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática. - Detectar precozmente los signos de deshidratación(cefaleas, poca diuresis y concentrada, piel desestructurada..) - Mantener y vigilar un buen control hidroelectrolítico: realizar balance hídrico a diario, identificación precoz de signos y síntomas de alteraciones hidroelectrolíticas. - Administrar terapia intravenosa según prescripción. - Vigilancia e identificar signos de hipovolemia (aconsejan mantener hematocrito >30%) - Si es preciso, ofrecer frecuentemente pequeñas cantidades de limonada alcalina o preparado de suero comercial. - Hacer frecuentemente la higiene oral y ofrecer enjuagues con una disolución de agua oxigenada en agua a partes iguales, dos o tres veces al día, o bien con agua corriente o

	<p>con suero fisiológico tanta veces como desee.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extremar las medidas de higiene e hidratación de la piel: lavar con agua tibia, utilizar jabón con un pH igual a la de la piel, secar por contacto, sin frotar.
(1120)Terapia nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar un buen estado nutricional, estableciendo una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas del usuario y que respete al máximo sus preferencias alimentarias y horarias. - Incentivar la ingesta alimenticia y adaptarla individualmente al paciente. Ejemplo: dietas blancas hiperproteicas, suplementos dietéticos, aportes vitamínicos (grupo B) y ricas en fibra para prevenir el estreñimiento, trituradas.. - Colocar dentaduras si no está contraindicado.
(1160)Monitorización nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos de desnutrición : IMC, pesar, tallar, circunferencia del brazo, pliegues cutáneos.. - Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria
(1100)Manejo de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Si hay un déficit de salivación, estimularla chupando un trocito de limón inmediatamente antes de las comidas. - Ayudar al paciente con la apertura de paquetes, a cortar la comida y a comer si es necesario. - Procurar que el paciente coma en una atmósfera agradable (limpio, bien ventilado, y sin olores fuertes) y relajante en compañía del algún familiar cercano para que se sienta acompañado.

	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita. - Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario.
(450) Manejo del estreñimiento/impactación fecal	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar, manejar y vigilar un adecuado funcionamiento intestinal. - Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal(dolor en el abdomen o la espalda, dificultad para orinar, náuseas o vómitos) - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. - Vigilar la existencia de peristaltismo - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. - Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales. - Pactar una dieta rica en residuos y fibra(frutas, verduras, hortalizas, cereales),de acuerdo con las preferencias individuales. - Limitar la ingesta de alimentos astringentes(arroz, manzana, granadas, productos elaborados con harinas refinadas,té..) - Vigilar el estado de hidratación y monitorizar el estado hemodinámico. Si no existen contraindicaciones, establecer una pauta para la toma de un mínimo de 2 L /día de líquidos, preferentemente agua. - Aconsejar el uso de la taza del WC con las caderas y rodillas flexionadas (apoyando los pies en un taburete bajo) a fin de adoptar una

	<p>posición cercana a la de semicucullas. Si no es posible, usar la cuña u orinal, colocando a la persona en la posición más cómoda y fisiológica posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay prescripción de de reposo en cama y no está contraindicado hacer ejercicios de movilización y de contracción de la musculatura abdominal; dar suaves masajes abdominales favorecer la deambulaci3n temprana - Dar intimidad para defecar: cerrar la puerta, correr las cortinas, poner la radio o la televisi3n para encubrir los ruidos... - Si hay fecalomas, intentar romperlos mediante un tacto rectal y eliminar manualmente los trozos. Si no es posible, valorar la conveniencia de aplicar un enema de limpieza, siempre que la persona no sufra ninguna patologa que desaconseje ambas maniobras (Cardiopatas, s3ndromes vagales..).
(6489) Manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una temperatura ambiental confortable. - Designarle una habitaci3n con otro enfermo en caso de no tener cuidador principal y cerca del control de enfermer3a para mayor vigilancia (evitar aislamiento social). Se evitar3 colocar a dos pacientes con alto riesgo o con delirium establecido en la misma habitaci3n. - Disponer de habitaci3n individual, en funci3n de los recursos disponibles, para fomentar el descanso y la tranquilidad si tiene el

	<p>enfermero acompañante (familiar).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permitir el uso utensilios propios no peligrosos: almohadas, sábanas, camisones.. - Evitar ruidos externos e internos(no: televisión con alto volumen, hablar fuerte..) Colocar carteles de "silencio" en cada habitación. - Limitar las visitas. Evitar estar muchos familiares en la habitación y personas ajenas a la misma. Establecer horarios de visitas y máximos de dos personas por paciente-habitación. - Colocar objetos familiares al alcance visual del enfermo. - Adecuada iluminación en la habitación y tranquila. Iluminación indirecta durante la noche evitando la sobre estimulación sensorial. - Evitar el trasiego constante del personal sanitarios en la habitación: agrupar las intervenciones. Ejemplo: canalizar vía y extraer analíticas a la vez, realizar curas de lesiones cutáneas al movilizar al paciente durante la higiene diaria. - Evitaremos las restricciones físicas. Retiraremos objetos potencialmente lesiones e innecesarios y adaptaremos la cama a una altura adecuada. - Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.
(1850)Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Las medicaciones e intervenciones terapéuticas no deben interrumpir el sueño. Planificar actuaciones preservando los periodos de descanso del paciente. Preguntar

	<p>al paciente como ha descansado diariamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar protocolo de medidas no farmacológicas a priori para favorecer el sueño nocturno: bebidas templadas, infusiones relajantes, cama confortable.. e instruir a la familia en ellas. - Si el sueño diurno excesivo (más de 1 h) limitar la cantidad y duración de las siestas.
(6510) Manejo de las alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener un ambiente de seguridad. - Usar la escucha activa. - Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones. - Proporcionar el nivel de supervisión adecuado para controlar al paciente. - Redirigir al paciente al tema del que se trate y ser conciso. - Repetir persistentemente el mensaje mediante habilidades de asertividad, dado que el su estado limita temporalmente la capacidad de comprender la información. - Escuchar con atención lo que el paciente está diciendo. - No mostrar una actitud provocativa.
(6440) Manejo del delirio	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y documentar el subtipo del delirio (hipoactivo, hiperactivo y mixto)(<i>Anexo 2</i>). - Informarle al ingreso de la distribución y recursos de lo que se dispone en la habitación: luces, baños-duchas, bateas, toallas, dispositivos de llamadas al personal (timbres),enchufes... - Permitir y fomentar el uso de relojes,

	<p>calendarios, periódicos, revistas, televisores, pasatiempos, fotos, gafas, audífonos, prótesis o cualquier objeto que promueva su orientación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar un reloj de pared por habitación con numeración visible y clara. - Colocar objetos familiares al alcance visual del enfermo. - Evitar cambiarlo de habitación y de reubicación en otras unidades hospitalarias. - Durante su traslado para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas que se acompañado el cuidador principal. - Distribuir la habitación, adaptarla a sus preferencias en la medida de lo posible. Respetar un espacio considerable cuando se comparte habitación. - Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial (gafas, prótesis auditivas y dentaduras postizas).
(4820)Orientación de la realidad	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigirse siempre al paciente por su nombre al iniciar la interacción. - Al acercarse al paciente será despacio y de frente, realizando un acercamiento calmado y sin prisas. - Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tonos adecuados. - Hacer las preguntas y dar órdenes de una en una. - Repetir el último pensamiento por el paciente, según corresponda. - Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad: repetirle cuestiones

	<p>que no puede responder, actividades que no pueden realizarse..</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente, por ejemplo: evitar discutir, evitar intentos de convencer al paciente. - Involucrar al paciente en actividades concretas "aquí y ahora" (actividades de la vida diaria). - Asignar cuidadores para el paciente que sean familiares de él.
(6486) Manejo ambiental: seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar todo lo posible la restricción física, y si se aplica, de forma segura y con vigilancia para prevenir complicaciones como úlceras, asfixia, éstasis venoso.. - Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca las sombras y deslumbramientos - Mantener un entorno bien ventilado, limpio y ordenado. - Evitar la sobrecarga sensorial
(6490) Prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. - Adecuar un entorno seguro. Aplicar protocolo de prevención de caídas, colocando barandillas en la cama, o bastones, andadores y zapatos cerrados para la deambulaci3n. - Disponer de luz nocturna en la habitaci3n - Colocar la cama mecánica en la posici3n más baja. - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. - Proteger con rejas o cerraduras de seguridad

	<p>las ventanas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cama adaptada a una altura adecuada. - Valorar riesgo de caídas con test
(7040)Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador - Determinar la aceptación del cuidador de su papel - Estimular a la familia y al cuidador a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas. - Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. - Explorar con el cuidador cómo lo está afrontando. - Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. - Aconsejar pautas de actuación ante la aparición del delirium e instruir sobre la identificación de signos prodrómicos de alerta: gritos, inquietud (tocarse constantemente sondas, vías..), hipoactividad, dificultad para dormir o alteración vigilia-sueño, agresividad verbal y/o física, irritabilidad, labilidad emocional, alucinaciones y no reconocimiento del lugar(Donde se encuentra) ni del familiar. - Informar a la familia de forma clara sobre todas aquellas inquietudes que puedan tener. - Remarcar la importancia de que la persona de referencia satisfaga adecuadamente sus propias necesidades de descanso y tiempo libre, especialmente si el ingreso va a ser

	<p>largo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tranquilizar al cuidador respecto a la legitimidad de sus sentimientos de ira, frustración o agotamiento ante los procesos largos o progresivos.
(5470)Aumentar sistemas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. - Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. - Instruir y educar al cuidado principal en el manejo de la seguridad, movilización, orientación, distracción, estimulación cognitiva(juegos de palabras, hechos presentes), manejo no farmacológico del sueño y estrés, importancia de limitaciones de visitas al paciente. - Contactar con la Asistente Social cuando se precise, para proporcionarles recursos convenientes. Ejemplo: buscarle un cuidador durante la estancia hospitalaria. - Contactar con la enfermera de enlace para su seguimiento y posterior conexión con atención primaria.
(5820)Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Permanecer con el paciente en la medida de lo posible para promover seguridad y reducir el miedo. - Animar a la familia a permanecer con el paciente. - Proporcionarle objetos familiares que simbolicen seguridad. - Crear un ambiente de confianza. - Fomentar la participación en sus cuidados de acuerdo con su capacidad y habilidad

	<ul style="list-style-type: none"> - La información que se le facilita al paciente debe ser objetiva, adaptada a un lenguaje claro y comprensible, teniendo en cuenta el nivel cultural. - Utilizar adecuada comunicación verbal y no verbal, promoviendo : contacto visual y físico y escucha activa - Evitar actitudes hostiles - Enseñar técnicas de relajación
(6487) Manejo ambiental: prevención de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros. - Instruir a las visitas y demás cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre la seguridad para el paciente. - Asignar habitaciones individuales a los pacientes que puedan ser potencialmente violentos para los demás. - Colocar al paciente en una habitación situada cerca del control de enfermería. - Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas y que sean irrompibles, según corresponda. - Establecer límites claros y precisos ante las agresiones verbales, evitar responder a ellas y mantener y transmitir en todo el momento un actitud de calma y control. - Procurar no invadir el espacio personal (aproximadamente 1m) , tener las manos libres y visibles al aproximarse y dejar siempre espacio para salir de la habitación en caso de que se produzca una agresión. - Recurrir a las sujeciones físicas sólo en aquellos casos en los que todos los demás métodos no han sido efectivos. No deben

	<p>emplearse nunca como medida punitiva y cuando se aplican hay que observar frecuentemente a la persona, asegurarse de que la circulación de las extremidades no está comprometida, ayudarla a cubrir sus necesidades y velar por su seguridad. A medida que la agitación disminuya, pensar la posibilidad de reducir o eliminar las restricciones, suprimirlas de una en una.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser un oyente activo; reconocer los sentimientos de la persona y permitir y fomentar su libre expresión siempre que no presenten un peligro para ella o para los demás.
(6460) Manejo de la demencia	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado. - Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas. - Proporcionar un ambiente de baja estimulación. - Identificar y retirar los peligros potenciales del entorno del paciente. - Proporcionar un ambiente físico estable y una rutina diaria. - Hablar con un tono de voz claro, bajo, cálido y respetuoso. - Dirigirse al paciente por su nombre y hablar despacio. - Evitar frustrar al paciente interrogándolo con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 9: Principales grupos farmacológicos que ocasionan delirium

Antiarrítmicos	Digoxina, propranolol, procainamida
Antihipertensivos	Reserpina, metildopa
Antiparkinsonianos	Levodopa, benzotropina
Antihistamínicos	Difenhidramina
Anestésicos	Atropina
Antidepresivos	Amitriptilina, litio, inhibidores de la recaptación de serotonina
Psicotropos	Benzodiacepinas, neurolépticos
Antitusígenos	Opiáceos, narcóticos sintéticos
Analgésicos	Salicilatos, fenacetina
Esteroides	Cualquiera de ellos
Otros	Ranitidina, Cimetidina
Polimedicación	
Deprivación de fármacos	

Fuente: Lázaro del Nogal M, 2009.

